

TUBERCULOSE CUTANEE CHEZ UN ORPHELIN VIVANT AVEC LE VIH AU COMPLEXE PEDIATRIQUE DE BANGUI (REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE)

Gody Jean Chrysostome¹, Guindo Aldiouma⁴, Djimbélé Edgar¹, Mossoro Kpindé Christian², Koffi Boniface², Lefaou Alain³

¹ Clinique médicale infantile du Complexe Pédiatrique BP 607 Bangui, RCA ; ² Laboratoire National de Diagnostique Biologique de Bangui, BP Bangui, RCA ; ³ Institut Pasteur de Bangui ; ⁴ Université de Bamako, Centre de Recherche et de la Lutte contre la Drépanocytose

Auteur correspondant : Dr Jean Chrysostome GODY, Pédiatre BP : 3223, Bangui, Centrafrique, Téléphone : +23675503609 E-mail : jcgody@hotmail.com

RESUME

Nous rapportons le cas d'une ulcération de la région antérieure du thorax chez un adolescent non vacciné par le BCG. L'étiologie tuberculeuse a été prouvée par l'isolement de *M. tuberculosis* à la culture du pus sur milieu de Löwenstein Jensen. La topographie et la chronologie des manifestations cliniques plaident en faveur d'un scrofuloderme. Cependant, les moyens d'investigation disponibles n'ont pu mettre en évidence de foyer infectieux contigu de sorte qu'il n'a pas été possible de discriminer le scrofuloderme du gomme. La mise en route du seul régime standard de traitement de la tuberculose, au regard du niveau d'immunocompétence, a permis d'obtenir une cicatrisation de la lésion cutanée chez cet adolescent atteint de VIH. En outre, cette observation souligne l'intérêt non seulement de vacciner contre la tuberculose mais d'en assurer le contrôle de l'efficacité par la suite ; notamment chez les orphelins.

Mots Clés : Ulcération, région sternale, tuberculose, VIH, immunocompétent, adolescent, orphelin.

SUMMARY

Here we report the case of ulceration of the anterior chest region. Tuberculosis confirmations has been made by the isolation of *M. tuberculosis* from the pus culture in Löwenstein-Jensen. Topography and chronology of the clinical manifestations argue in favour of a scrofuloderme. For technical reasons, we were not able to distinguish scrofuloderme from the gum. The use of the single standard regime of tuberculosis treatment according to the immunological status has provided a healing of skin injury of that children living with HIV. In addition, this observation points out the medical interest to implement systematic vaccination against tuberculosis and to ensure effective control of the disease particularly in orphans.

Key word: Ulcération, sternal région, tuberculosis, HIV, immunocompétent, teenager, orphan.

INTRODUCTION

La localisation cutanée de la tuberculose se singularise à la fois par son polymorphisme anatomo-clinique et son mode de survenue par contiguïté (scrofuloderme), par voie hématogène (gomme), par inoculation (chancre) et sur un terrain à forte immunité vis-à-vis du BK (lupus) [1]. Très peu d'études ont été faites sur la tuberculose cutanée de l'enfant dans le monde. Des quelques études recensées, il ressortait une faible fréquence de la tuberculose cutanée. Aucun cas noté au Japon depuis 1981 et 2 enfants parmi les 47 patients atteints de tuberculose cutanée dans la série britannique [2, 3]. Ces études ont montrée la rareté des formes mycobactériologiques positives avec un diagnostic reposant sur un faisceau d'arguments épidémiologique (contage tuberculeux), cliniques (compatibilité des ulcérations cutanées avec les formes cutanées de la tuberculose), histologique et immunologique [1]. En République Centrafricaine, pays endémiques caractérisé par une faiblesse des ressources et une insuffisance du plateau technique (techniques d'amplification génomique et difficultés dans l'interprétation

biologique des tests), ce type de démarche diagnostique s'impose.

Ainsi, l'observation présentée pose à la fois le problème des difficultés de diagnostic des formes extra-pulmonaires de la tuberculose et du suivi des orphelins.

OBSERVATION

L'adolescent S.V. âgé de 16 ans a été consulté au Complexe Pédiatrique de Bangui le 12 mars 2009, pour une lésion cutanée médio-thoracique antérieure évoluant depuis 2 semaines. Selon l'interrogatoire, la lésion cutanée a été précédée de l'apparition d'une tuméfaction médio-sternale au début du mois de mars 2009. Pour cette tuméfaction, une automédication par Amoxicilline dont la dose n'est pas précisée- a été menée vainement à domicile. Par ailleurs, le patient rapportait une altération de l'état général (asthénie, amaigrissement et fièvre intermittente) apparue et persistant depuis le mois d'octobre 2008. Des hospitalisations ont été rapportées au cours de cet interrogatoire : l'une en novembre 2007, pour pleuro-pneumopathie gauche d'évolution favorable sous antibiothérapie standard

et drainage pleural (l'antibiothérapie et l'analyse du liquide pleural ne sont pas documentées) et l'autre en août 2008, pour ictère fébrile dont les explorations ont montré une cytolysé hépatique - avec Aspartate Amino-Transférase (ASAT) à 530 UI/l et Alanine Amino-Transférase (ALAT) à 869 UI/l - en lien avec une hépatite virale B (Antigène HBs + et Anticorps anti HBc +). Le bilan complémentaire, au cours de l'hospitalisation de 2008, montrait une sérologie VIH 1 positive.

L'interrogatoire a par ailleurs révélé que son père vivant avec le VIH était décédé suite à une pleuro-pneumopathie d'origine tuberculeuse en 2000 et que sa tante paternelle chez qui il habite était atteinte de tuberculose en 2008. En outre, le statut vaccinal n'est pas connu et les antécédents maternels n'ont pas été rapportés.

A l'examen clinique initial, la température corporelle était notée à 38°6 C, le poids à 35 Kg pour 145 cm de taille. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) était noté à 12. Aucune cicatrice vaccinale n'a été relevée. L'ulcération cutanée était observée dans la région médio-sternale. Elle était indolore et avait 4 cm au grand axe, un fond jaunâtre, un bord bourgeonnant et irrégulier. La photo 1 montre l'ulcération.

Les aires ganglionnaires superficielles étaient libres. L'auscultation pulmonaire était normale.

En définitive, le statut d'orphelin, le contexte d'endémicité tuberculeuse dans lequel évoluait cette ulcération ; tout comme le contage tuberculeux possible à partir du père et de la tante paternelle ont conduit à admettre l'adolescent en hospitalisation pour des mises au point diagnostique et thérapeutique. En attendant, l'Amoxicilline était maintenue à la dose de 2g, répartie en 3 administrations. Une radiographie thoracique de face était réalisée au lendemain de l'hospitalisation ainsi qu'une Intradermoréaction et un prélèvement au niveau de la lésion. L'interprétation du cliché thoracique n'a relevé aucune lésion sternale, ni de modification du médiastin et du parenchyme pulmonaire. La lecture de l'IDR montrait un aspect phlycténulaire de 9 mm de diamètre. L'examen direct du pus après coloration de Ziehl-Neelsen a mis en évidence de rares bacilles acido-alcoolo-résistant (8 BAAR pour 100 champs). La culture de Löwenstein-Jensen a permis d'isoler et d'identifier *Mycobacterium tuberculosis* au 28^{ème} jour à l'Institut Pasteur de Bangui. L'antibiogramme n'a pas été réalisé.

Le diagnostic de tuberculose cutanée a été retenu et la première phase du traitement spécifique antituberculeux par quadriantibiothérapie selon le protocole national centrafricain a été débutée non sans avoir évalué l'évolutivité de l'atteinte hépatique et l'immunité de l'adolescent. En l'absence de diagnostic histologique et de test de l'ADN viral B, l'ALAT était à 23 UI/l et la numération des CD4 montrait 1375 cellules/mm³. Au décours de cette évaluation le 14 avril 2009, une

quadriothérapie (sous forme combinée) associant la Rifampicine (300mg/j), Isoniazide (150mg/j), Ethambutol (550 mg/j), Pyrazinamide (800mg/j) était instituée. La deuxième phase du traitement a été entreprise le 20 juin 2009 associant Isoniazide (300 mg/j) + Ethambutol (800mg/j).

L'évolution était bonne à l'issue du traitement avec une cicatrisation chéloïde. La photo 2 montre l'aspect de la cicatrice au terme de la prise en charge.

DISCUSSION

Le cas rapporté ici est le premier décrit à la clinique médicale infantile du Complexe Pédiatrique de Bangui. Il est vraisemblable compte tenu de la très forte incidence de la tuberculose dans la plupart des pays du Sud dont la République Centrafricaine et de l'inaccessibilité financière d'une frange importante de la population aux soins de qualité que des formes cutanées de tuberculose soient passées inaperçues dans notre milieu.

Il existe différentes formes cliniques de tuberculoses cutanées. Les gommages correspondent à la dissémination hémotogène des bacilles à partir d'un foyer viscéral. Ils se manifestent par des nodules sous cutanés qui vont se ramollir et se fistuliser créant une ulcération irrégulière à bords violacés, décollés, à fonds granuleux, jaunâtre et purulent. L'évolution se fait lentement vers la cicatrisation et la fibrose au prix de brides rétractiles ou chéloïdiennes. Les scrofulodermes ou écrouelles correspondent à l'extension à la peau d'un foyer tuberculeux sous-jacent (ganglionnaire, osseux ou plus rarement épидидymaire). La peau devient rouge, inflammatoire, évoluant vers l'ulcération mimant les gommages [1, 4].

Au regard de ces descriptions anatomo-cliniques, le scrofuloderme correspond mieux aux manifestations de cet adolescent de par la localisation sternale de l'ulcération. Le foyer osseux n'ayant été identifié formellement, ni l'atteinte viscérale déterminant la voie de dissémination, il nous a paru difficile de discriminer le gomme du scrofuloderme. Quoi qu'il en soit l'altération de l'état général, la localisation sternale et l'immunocompétence conservée chez l'adolescent soutiennent la survenue des écrouelles. Dans la série marocaine où 83% des cas sont constitués de gommages et de scrofulodermes, les localisations cutanées associées à une atteinte viscérale ont été retrouvées dans une proportion de 37% [1]. Cette réalité souligne l'importance de la description anatomo-clinique et de la localisation des lésions cutanées. La rareté de BAAR dans notre prélèvement n'est pas d'observation courante au cours des scrofulodermes qui sont avec les gommages des formes habituellement multibacillaires survenant chez des sujets à immunité faible à modérée [1]. Il convient d'en conclure le rôle modulateur de l'immunité sur la charge bacillaire. En témoigne la réapparition actuelle des formes multibacillaires dans les pays industrialisés avec

l'infection à VIH [5]. Cette association peut survenir quel que soit le stade immunologique des personnes atteintes par le VIH ; puisqu'il est établi que le risque s'accroît avec la profondeur du déficit immunitaire [6, 7].

Sur le plan thérapeutique l'évolution favorable est constamment obtenue avec les combinaisons d'antibacillaires préconisées pour le traitement des formes pulmonaires. Il ne nous a pas paru utile de commencer les antirétroviraux à un moment donné au cours du traitement antibacillaire chez l'adolescent avec un niveau d'immunité à 1375 CD4/mm³ ; quand bien même la tuberculose extrapulmonaire est un événement pathologique classant de l'infection au stade IV de l'OMS [8] et que le virus de l'hépatite b, identifié chez lui, justifie également la mise en route de la thérapie antirétrovirale. Nous aurions prescrit les antirétroviraux (ARV) à un moment donné de cette prise en charge pour peu que le scrofuloderme ait été associé à une autre forme extrapulmonaire de tuberculose habituellement observée au stade avancé du VIH comme la tuberculose ganglionnaire qui correspond à un des foyers précédant sa constitution. Ce d'autant plus que l'IMC de l'adolescent montrait un état d'émaciation et que la fièvre évoluait depuis plusieurs mois. Concernant le virus de l'hépatite B dans notre contexte dépourvu de moyens précis d'appréciation de l'activité et de l'évolutivité du virus de l'hépatite, rien n'autorisait la prescription d'ARV. De plus, les résultats du test de cytolysé de contrôle étaient normaux.

Par ailleurs, étant admis que la vaccination précoce par le BCG permet d'éviter les formes multibacillaires de tuberculose [9], nous pouvons raisonnablement déduire - compte tenu du déficit en information concernant l'état vaccinal de l'adolescent - que la survenue du scrofuloderme chez notre patient pourrait être la conséquence de l'absence d'immunisation précoce par le BCG.

CONCLUSION

Ce cas clinique pose le problème de la difficulté pour discriminer les gommés des scrofulodermes en l'absence de localisations viscérales associées. La tuberculose étant endémique en Afrique Sub-saharienne, cette étiologie doit être évoquée en cas de contage, d'absence d'immunisation précoce par le BCG et d'échec des traitements non spécifiques. L'évolution clinique montre à suffisance l'intérêt de juger de l'opportunité d'une mise en route d'un traitement par les ARV en cas de co-infection « tuberculose-VIH » plutôt sur le niveau de l'immunité que le stade clinique. La question du suivi des orphelins reste posée devant le déficit en information et le temps passé sans consultation depuis les contages tuberculeux successifs. Les décisions de mise sous ARV en cas de co-infection VIH/VHB devrait changer avec l'introduction de la charge virale en routine dans les pays à ressources limitées.

REFERENCES

- 1 Akhdari N, Zouhair K, Habibeddine S, Lakhdar H. Tuberculose cutanée de l'enfant au Maroc: étude de 30 cas. Arch. Pédiatr 2006; 13: 1098-1101.
- 2 Yates VM, Ormerod LP. Cutaneous tuberculosis in Blackburn district (U.K.): a 15 year prospective series: 1981-1995. Br J Dermatol 1997;136:483-9.
- 3 Hamada M, Urabe K, Mori Y. Epidemiology of cutaneous tuberculosis in Japan: a retrospective study from 1906 to 2002. Int J dermatol 2004;43:727-31.
- 4 Zouhair K, Akhdari N, Nejiam F. Aspects cliniques et thérapeutiques de la tuberculose cutanée à Casablanca. Ann dermatol Venereol 2001 ; 128 (Suppl 1) :48.
- 5 Chen CH, Shi JF, Wang LS. Tuberculous subcutaneous abscess: an analysis of seven cases. Tuber Lung Dis 1996;77:184-7.
- 6 Williams BG, Dye C. Antiretroviral drugs for tuberculosis control in the era of HIV/AIDS. Sciences 2003; 301:1535-7.
- 7 Sonnenberg P, Glynn JR, Fielding K et al. How soon after infection with HIV does the risk of tuberculosis start to increase? A retrospective cohort study in South African gold miners. J infect Dis 2005; 191: 150-8.
- 8 Hudson CP, Wood R, Maartens G. Diagnosing HIV-associated tuberculosis: reducing costs and diagnostic delay. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2000; 4:240-245.
- 9 Khemiri M, Labessi A, Zouari S, Borgi A, Ben Mansour F, Oubich F, Khaldi F, Barsaoui S. La tuberculose de l'enfant : aspects cliniques et problèmes diagnostiques, à propos de 30 observations. La Tunisie Médicale - 2009 ; Vol 87 (n°01) : 61-67.



Fig.1: Lésion de scrofuloderme du sternum (ulcération irrégulière à bords décollés au moment de l'admission du patient)



Fig.2: Cicatrice sous forme de brides chéloïdiennes à la fin du traitement